บทความวิจัย

A Study of the Community Participation Model in Empowering Caregivers of Children with Special Needs in Mental Health in Suphanburi Province

Received: Jun 23, 2025
Revised: Feb 13, 2026
Accepted: Feb 19, 2026

Saowalak Sripho, MN.S.[1] Prawida Photong, MN.S.[2*]
Soontaree Khachat, MN.S.[3] Supattra Chansuvarn, Ph.D.[4]
Purin Srisodsaluk, Ph.D.[5] Ausaniyaphon Chantorn, MN.S [6]

Abstract

Introduction: Caregivers of children with special needs in the community frequently experience high levels of stress and a lack of mental health support. Despite the community's inherent potential to provide assistance, there remains a lack of a systematic framework for engagement.

Research objectives: This research aimed to study the problems and needs, develop a community participation model, and evaluate the model's effectiveness in empowering the mental health of caregivers of children with special needs.

Research methodology: This research had applied a three-phase research and development approach, including: Phase 1: Contextual and needs study. The researcher conducted in-depth interviews with 30 network partners and content analysis to summarize key problem and need issues. Phase 2: Model development. Data from Phase 1 were used to draft a model and validated by five veterans. Phase 3: Effectiveness evaluation. The model was tested with 60 caregivers of children with special needs and the data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Results: The findings revealed that caregivers' attitudinal constraints included a lack of specialized caregiving knowledge and profound anxiety regarding the child's future. These challenges prompted a significant need for support in professional training, mental health resources, and self-care strategies, alongside proactive child development promotion**.** The developed model was evaluated for appropriateness at the highest level (M = 4.24, SD = .75). After the intervention, the caregivers' mental health empowerment scores increased significantly from a mean of 3.19 (SD = .24) to 4.01 (SD = .24) ($p < .001$).

Conclusions: The developed community participation model can effectively empower caregivers of children with special needs by providing knowledge, managing mental health conditions, and building network.

Implications: This model should be expanded and integrated into provincial mental health plans to ensure sustainability.

Keywords: caregivers of children with special needs, mental health, empowerment, community participation model

---

Funding: Science, Research and Innovation Promotion Fund for the Fiscal Year 2025, through, Boromarajonani College of Nursing, Suphan Buri, Praboromarajchanok Institute.

[1,3-4]Assistant Professor, [1]Email: saowalak@snc.ac.th, [3]Email: soontaree@snc.ac.th, [4]Email: Supattra@snc.ac.th

[2]Corresponding author: Assistant Professor [2]Email: prawida@hotmail.com*

[5,6]Lecturer, [5]Email: purin@snc.ac.th, [6]Email: ausaniyaphon@snc.ac.th

[1-6]Boromarajonani College of Nursing Suphanburi, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Suphanburi, Thailand.

การศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษในด้านสุขภาพจิตที่อยู่ในชุมชน จ.สุพรรณบุรี

Received: Jun 23, 2025
Revised: Feb 13, 2026
Accepted: Feb 19, 2026

เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์ พย.ม.[1] ปวิดา โพธิ์ทอง พย.ม.[2*]
สุนทรี ขะชาตย์ พย.ม.[3] สุพัตรา จันทร์สุวรรณ ปร.ด.[4]
ปุรินทร์ ศรีศศลักษณ์ ปร.ด.[5] อุษณียาภรณ์ จันทร พย.ม.[6]

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ดูแลเด็กพิเศษในชุมชนมักเผชิญภาวะเครียดและขาดการสนับสนุนด้านสุขภาพจิต แม้ชุมชนจะมีศักยภาพในการช่วยเหลือ แต่ยังขาดรูปแบบการมีส่วนร่วมที่เป็นระบบ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าวในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ดูแลเด็กพิเศษ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยนี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา มี 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและความต้องการ ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มภาคีเครือข่าย 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อสรุปประเด็นปัญหาและความต้องการที่สำคัญ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาสร้างร่างรูปแบบตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผล ทดลองใช้รูปแบบกับผู้ดูแลเด็กพิเศษ 60 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ t-test

ผลการวิจัย: พบว่า การรับรู้ปัญหาด้านทัศนคติของผู้ปกครอง จากการขาดความรู้ และมีความกังวลต่ออนาคตของเด็ก ส่งผลให้เกิดการแสวงหาการสนับสนุนด้านการอบรม สุขภาพจิต และการดูแลตนเองควบคู่การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้รับการประเมินความเหมาะสมในระดับมากที่สุด (M = 4.24, SD = .75) หลังเข้าร่วมคะแนนพลังอำนาจด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากค่าเฉลี่ย 3.19 (SD = .24) เป็น 4.01 (SD = .24) ($p < .001$)

สรุปผล: รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้น สามารถเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กพิเศษได้อย่างมีประสิทธิผล ทั้งในด้านการให้ความรู้ การจัดการภาวะสุขภาพจิต และการสร้างเครือข่าย

ข้อเสนอแนะ: ควรขยายผลการใช้รูปแบบนี้ พร้อมทั้งบูรณาการเข้ากับแผนงานสุขภาพจิตของจังหวัดเพื่อสร้างความยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ดูแลเด็กพิเศษ สุขภาพจิต การเสริมพลังอำนาจ รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน

ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

[1,3-4]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ [1]Email: saowalak@snc.ac.th [3]Email: soontaree@snc.ac.th [4]Email: Supattra@snc.ac.th

[2]Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: prawida@hotmail.com*

[5-6]อาจารย์ [5]Email:purin@snc.ac.th [6]Email: ausaniyaphon@snc.ac.th

[1-6]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สุพรรณบุรี ประเทศไทย

บทนำ

เด็กพิเศษเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการพัฒนาศักยภาพ ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมสุขภาพจิต และการพัฒนาศักยภาพของเด็กอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน เนื่องจากผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญ ที่มีบทบาทโดยตรงในการสนับสนุนการเรียนรู้และการปรับตัว เพื่อให้เด็กพิเศษมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน จากการสำรวจเด็กพิเศษ พ.ศ. 2560 พบว่าในประเทศไทยพบเกือบ 140,000 คน ส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวที่ยากจน โดยมีเด็กประมาณร้อยละ 38 ไม่ได้เข้าเรียน ร้อยละ 27 ไม่ได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ และอีกร้อยละ 4 ไม่ได้รับการตรวจรักษาเมื่อเจ็บป่วย[1] สอดคล้องกับข้อมูลจากศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 5 พ.ศ. 2565 จำนวน 109 คน ส่วนใหญ่พบด้านร่างกาย ร้อยละ 35.78 ด้านสติปัญญา ร้อยละ 24.77 และออทิสติก ร้อยละ 21.10[2] เด็กกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตและจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือเป็นพิเศษ เนื่องจากความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนข้อจำกัดในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม สภาวะดังกล่าวส่งผลกระทบโดยตรงต่อการพัฒนาศักยภาพของเด็กและยังส่งผลกระทบต่อเนื่องไปยังกลุ่มผู้ดูแลด้วย จากข้อมูลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ดูแลเด็กพิเศษ พบว่าผู้ดูแลที่ดูแลเด็กตลอดทั้งวัน ส่วนใหญ่มีภาวะเครียดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50[3] และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 28.90[4]

จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เพื่อป้องกันผลกระทบที่รุนแรง โดยสุขภาพจิตเป็นความสามารถในการปรับตัวทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม หากไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม จะนำไปสู่ภาวะวิตกกังวล การนอนไม่หลับ ปัญหาสัมพันธภาพ และภาวะซึมเศร้า[5] จากการศึกษาพบว่า ภาวะสุขภาพจิตโดยรวมของผู้ดูแลอยู่ในระดับไม่ดีร้อยละ 55.10 โดยเฉพาะด้านร่างกาย และด้านจิตใจ[6] ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าว สัมพันธ์โดยตรงกับความต้องการได้รับความช่วยเหลือที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง จากผลการศึกษาที่ระบุว่า ผู้ดูแลมีความต้องการสำคัญ 4 ด้าน คือ 1) การเห็นลูกช่วยเหลือตนเองได้ 2) การมีสถานที่ดูแลเด็กตลอดชีวิต 3) การได้รับการสนับสนุนจากสังคม และ 4) การได้รับกำลังใจจากครอบครัว[7] ดังนั้น การสร้างเสริมภาวะสุขภาพจิตจึงควรมุ่งเน้นที่ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่ปรับเปลี่ยนได้ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นและสามารถตัดสินใจได้ ผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ในทางตรงกันข้าม หากผู้ดูแลขาดพลังอำนาจจะส่งผลให้ขาดการแสวงหาความรู้ สัมพันธภาพเสื่อมถอย และใช้วิธีแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม[8] การเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ช่วยเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาในผู้ที่ซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย[9] และช่วยเพิ่มคุณค่าในตนเอง[10] อีกทั้งยังทำนายความผาสุกในครอบครัวได้ถึงร้อยละ 35.30[11]

เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ องค์การอนามัยโลกจึงได้เสนอกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovative care for chronic condition framework: ICCC)[12] เพื่อเป็นรูปแบบเชื่อมโยงการมีส่วนร่วมใน 3 ระดับ ดังนี้ 1) ระดับจุลภาค เป็นการดูแลภายใต้ความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยมีผู้ปกครองเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องได้รับการเตรียมความพร้อมและสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ[13] แม้การดูแลจะอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน แต่พบอุปสรรคสำคัญคือ การขาดระบบติดตามที่เฉพาะและต่อเนื่อง ทำให้ปัญหาของผู้ดูแลไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที ส่งผลกระทบต่อเด็กสมองพิการให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้น[14] การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนมีส่วนสำคัญที่จะช่วยดึงศักยภาพภายในของผู้ป่วยมาใช้แก้ปัญหา และลดอุปสรรคดังกล่าวได้[15] 2) ระดับกลาง

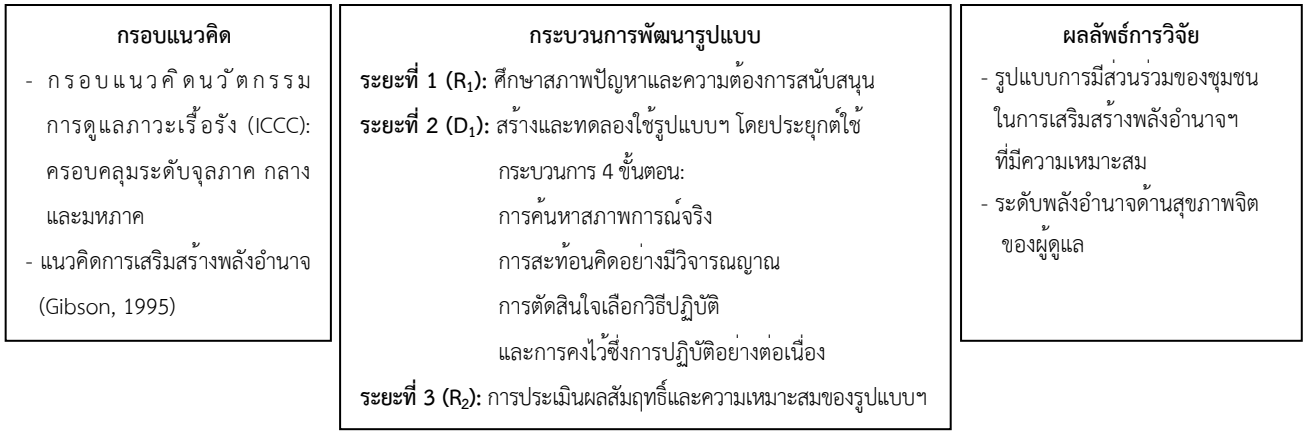
เน้นการบริหารจัดการภายในองค์กรเพื่อสร้างความต่อเนื่องในการดูแล และส่งเสริมความร่วมมือเพื่อเพิ่มความตระหนักในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพจิต 3) ระดับมหภาค เป็นส่วนของการสนับสนุนเชิงนโยบายเพื่อผลักดันให้การดำเนินงานมีความยั่งยืน แม้กรอบแนวคิด ICCC จะถูกนำไปใช้ในกลุ่มโรคเรื้อรังและผู้พิการอย่างแพร่หลาย แต่ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาที่นำกรอบแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้กับกลุ่มเด็กพิเศษโดยเฉพาะ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษด้านภาวะสุขภาพจิตในชุมชนจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อฝึกทักษะการจัดการปัญหาและสร้างคุณค่าในตนเอง มุ่งบูรณาการความร่วมมือทุกภาคส่วนสู่การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการมีส่วนร่วมของชุมชน พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กพิเศษในด้านสุขภาพจิต

กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาพที่ 1: กรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 30 คน โดยใช้กฎแห่งความชัดเจน (Rule of Thumb)[16] แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่ม 1 ผู้ดูแลเด็กพิเศษ จำนวน 8 คน กลุ่ม 2 ทีมผู้ให้บริการ เป็นบุคลากรด้านสุขภาพ ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 คน บุคลากรด้านการศึกษา ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงเรียนเด็กพิเศษ ครูการศึกษาพิเศษ จำนวน 11 คน และกลุ่ม 3 เครือข่ายชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 6 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีแบบเจาะจง และมีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นผู้มีประสบการณ์ในด้านการดูแลด้านสุขภาพจิตมาไม่ต่ำกว่า 5 ปี 2) เป็นผู้ที่สามารถเข้าใจ สนทนาโต้ตอบรู้เรื่องและสื่อสารภาษาไทยรู้เรื่อง 3) ไม่มีความผิดปกติทางการพูดและการได้ยินหรือการมองเห็น 4) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

ระยะที่ 2 กลุ่มประชากรผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านโปรแกรม จำนวน 3 คน ทำหน้าที่ตรวจสอบความสอดคล้องและความเหมาะสมของโปรแกรม รวมทั้งประเมินคุณภาพเครื่องมือ

และผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา จำนวน 2 คน ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเนื้อหาและการพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจด้านสุขภาพจิต โดยมีคุณสมบัติดังนี้ 1) มีประสบการณ์ด้านสุขภาพจิตและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพมากกว่า 10 ปี โดยได้รับเชิญเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครโดยตรงเพื่อให้ความเห็นเชิงปฏิบัติ และเชื่อมโยงกับบริบทจริง ส่วนผู้ดูแลเด็กพิเศษ จำนวน 10 คน จากศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 5 ในพื้นที่ให้บริการอำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี และมีคุณสมบัติดังนี้ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเวช และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีแบบเจาะจง

ระยะที่ 3 ผู้ดูแลเด็กพิเศษ ที่ศึกษาในศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษา 5 จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 2 แห่ง คือ ผู้ดูแลเด็กพิเศษ ที่ศึกษาในศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษา 5 จังหวัดสุพรรณบุรี และศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษา 5 ในพื้นที่ให้บริการ อำเภอเดิมบางนางบวชและด่านช้าง เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ กลุ่มละ 30 คน โดยสุ่มแบบไม่ใส่คืน และมีคุณสมบัติดังนี้ 1) ผู้เข้าร่วมมีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ไม่เคยวินิจฉัยโรคจิตเวช และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกภาคสนาม และแนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง พัฒนาโดยอิงแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995)[8] โดยมีเครื่องบันทึกเสียงเป็นอุปกรณ์สนับสนุนในการเก็บรวบรวมข้อมูล แนวคำถามได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง มีค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ≥ .50 ทุกข้อ

ระยะที่ 2 ได้แก่ 1) แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษด้านสุขภาพจิต และ 2) แบบประเมินความเหมาะสมและคุณภาพของโปรแกรม พัฒนาขึ้นโดยอิงจากเป้าหมายและองค์ประกอบของโปรแกรม รวมถึงหลักเกณฑ์การเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995)[8] และแนวคิด ICCC ของ WHO (2002)[12] ทั้งสองเครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้องขององค์ประกอบโปรแกรม (IOC) อยู่ระหว่าง .67 - 1.00 ค่า IOC รวมเท่ากับ .85 และค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item-Total correlation) อยู่ระหว่าง .42 - .79

ระยะที่ 3 ได้แก่ โปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษ คู่มือกิจกรรม เอกสารประกอบ สื่อการเรียนรู้ และแบบวัดการรับรู้พลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษด้านสุขภาพจิต ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญแล้ว

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เลขที่รับรอง EC 016/2567 ลงวันที่ 13 มกราคม 2568 ก่อนการเริ่มต้นเก็บข้อมูลวิจัยได้มีการอธิบายโครงการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างโดยละเอียด และมีการขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การวิจัย (Research: R_1) เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กพิเศษในด้านสุขภาพจิต โดยมีผู้วิจัยเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในงานวิจัยเชิงคุณภาพมากกว่า 5 เรื่อง เป็นเครื่องมือหลักในการเก็บข้อมูลร่วมกัน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มจากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย แล้วจึงทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่ม ใช้เวลาสัมภาษณ์รายละ 30 - 45 นาที พร้อมบันทึกเสียงและบันทึก

ภาคสนามตลอดกระบวนการ การสัมภาษณ์ใช้ท่าทีเปิดกว้างและให้เกียรติแก่ผู้ให้ข้อมูล ทั้งทางคำพูดและภาษากาย และวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาอย่างละเอียด โดยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลผ่านการทบทวนผลสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลทุกราย และขอความคิดเห็นเพิ่มเติมเพื่อยืนยันความสมบูรณ์ของข้อมูล

ระยะที่ 2 การพัฒนา (Development: D_1) มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างโปรแกรมจากข้อมูลพื้นฐานและความต้องการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ได้จากระยะที่ 1 โดยศึกษาวรรณกรรม งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ เพื่อสังเคราะห์สาระสำคัญและองค์ประกอบของโปรแกรม โปรแกรมมี 8 กิจกรรมตาม 4 ขั้นตอนการเสริมพลังอำนาจของ Gibson[9] ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 “ทำความรู้จักกัน” ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาสภาพการณ์จริง กิจกรรมที่ 2 “พลังอำนาจในตัวกับภาวะสุขภาพจิต” ขั้นตอนที่ 2 “การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ” กิจกรรมที่ 3 “ค้นหาสิ่งที่ทำให้ใจไม่เป็นสุข”ขั้นตอนที่ 3 “สร้างแนวทางสู่การปฏิบัติ” กิจกรรมที่ 4 “ทักษะคลายใจ” กิจกรรมที่ 5 “เพิ่มพลังความรู้ จัดการอารมณ์ ในเด็ก” กิจกรรมที่ 6 “เพิ่มพลังความรู้ จัดการอารมณ์ทางเพศในเด็ก” กิจกรรมที่ 7 “เพิ่มพลังความรู้ ลดอาการติดจอ” ขั้นตอนที่ 4 “การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ” และกิจกรรมที่ 8 “ทบทวนพลังอำนาจในตัว” และทำการทดลองนำร่อง (Try out) ผู้เข้าร่วมทดลองนำร่องเป็นผู้ดูแลเด็กพิเศษ จำนวน 10 คน

ระยะที่ 3 การวิจัย (Research: R_2) เป็นงานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) ผู้วิจัยนำโปรแกรมฯที่พัฒนาขึ้น มาทดลองใช้จริง ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 5 จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม โดยจัดกิจกรรมแก่กลุ่มทดลอง เก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน และมีภาคีเครือข่าย 10 คน เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครร่วมสังเกตการณ์การทดลอง ใช้แบบประเมินโปรแกรมและแบบวัดการรับรู้พลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และผลกระทบ และใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาประสิทธิผลและความเหมาะสมของโปรแกรม

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาสภาพปัญหาของผู้ดูแลเด็กพิเศษ

การสร้างเสริมพลังอำนาจด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กพิเศษ การสร้างเสริมพลังอำนาจด้านสุขภาพจิตตามมุมมองของผู้มีส่วนร่วมในชุมชน ประกอบด้วย 2 ประเด็น คือ

1. การรับรู้ปัญหาของผู้ดูแลเด็กพิเศษด้านทัศนคติ แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่

1.1 ผู้ดูแลเด็กพิเศษ ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็ก ดังตัวอย่าง“บางครอบครัวที่ปล่อยให้ปู่ย่าตายายดูแลเด็ก ซึ่งอาจไม่มีความรู้เพียงพอ ซึ่งให้เด็กดูโทรศัพท์ เพราะเด็กจะได้ไม่ซน อยู่นิ่ง แต่พอมาโรงเรียนเด็กพูดไม่รู้เรื่อง พูดไม่เป็นภาษาเลย” (ครูผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2, 2568) “ผู้ดูแลควรมีความรู้ในการจัดการพฤติกรรมของเด็ก นะคะ เพราะเมื่อปิดเทอม แล้วเปิดเรียนมาเด็กจะมีพฤติกรรมรุนแรง แบบไม่รู้ว่าถ้าเขาโกรธไม่พอใจ

ก็จะทำร้ายตนเอง ทำร้ายข้าวของ ซึ่งก็ต้องมาฟื้นฟู มาปรับพฤติกรรมกัน ซึ่งก็ต้องแจ้งผู้ปกครองในเรื่องนี้ตลอดค่ะ” (ครูผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5, 2568)

1.2 ผู้ดูแลเด็กพิเศษ กังวลต่ออนาคตของเด็ก ดังคำบอกเล่าที่ว่า “โตขึ้นจะหายไหม จะอยู่ยังไง ถ้าเราไม่อยู่ต่อจากนี้เขาจะอยู่ยังไง ก็เลยพาไปเรียนที่ศูนย์การศึกษาพิเศษนี่นะ เพื่อฝึกให้เขาดูแลตัวเองได้ในระดับหนึ่งค่ะ” (ผู้ดูแลเด็กพิเศษผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4, 2568) “ปัญหาคือ ความกังวลของผู้ปกครอง ฉันนี่จะ 70 ฉันแก่แล้ว แล้วลูกละ ทำยังไงดี ใครจะดูแลต่อไปดี” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, 2568)

2. การแสวงหาวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแล จากความร่วมมือทุกภาคส่วน และผลักดันนโยบายให้กับผู้ดูแลเด็กพิเศษเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองและเด็กได้มีสุขภาพที่ดีทั้งกาย และใจ แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นย่อย ได้แก่

2.1 การสนับสนุนให้ผู้ดูแลเด็กพิเศษ ได้รับการอบรมการดูแลเด็กพิเศษ “พี่ว่านะควรเพิ่มความรู้แก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก และแนวทางการดูแล ส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้ถูกต้องและเหมาะสมค่ะ” (งานสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, 2568) “ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้ด้านจิตวิทยาเด็ก การจัดการพฤติกรรมเด็กและการดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ” (ครูผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5, 2568)

2.2 สนับสนุนให้ผู้ดูแลเด็กพิเศษ ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิต “ควรมีกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองว่าต้องจัดการยังไงและมีการแนะนำการดูแลสุขภาพจิตเบื้องต้นกับผู้ปกครอง” (ครูผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4, 2568) “อยากให้มีชมรม หรือศูนย์พักใจในการผ่อนคลาย แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองในด้านจิตใจ” (งานสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขเมืองสุพรรณบุรี, 2568)

2.3 สนับสนุนให้ใช้เทคโนโลยีในการช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กพิเศษ “สนับสนุนให้มี สื่อออนไลน์หรือเป็นคลิปสั้น ๆ ในการรับมือกับลูกเขา หรือว่าบุตรหลานของเขาเพื่อที่จะแชร์ไปได้ หรืออาจจะเป็นติ๊กต๊อกแค่ 2 - 3 นาที สั้น ๆ” (ครูผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6, 2568) “อาจจะตั้งกลุ่มไลน์ เพื่อแชร์ประสบการณ์ คุยกัน ให้กำลังใจกัน เป็นเพื่อนกัน อะไรยังนี้ สำหรับเทคโนโลยีมาช่วยแล้วก็ในส่วนของสุขภาพจิต คือส่งข้อมูลเทคโนโลยีมาช่วยสามารถส่งแบบทดสอบได้เมื่อคุณมีความเครียด แล้วก็บอกช่องทางเขาไปว่าเวลาเครียดเศร้า หรือว่าอะไรสามารถที่จะโทรมาปรึกษาได้นะ ไม่จำเป็นจะต้องเดินทางมาโรงพยาบาล ใช้วิธีการก็โทรมาได้ แล้วก็ได้คุยกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านนะ” (พยาบาลผู้ให้ข้อมูล, 2568)

มุมมองของผู้ดูแลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในสุขภาพจิต มี 2 ประเด็น

1) ดูแลกายและใจของตนเองก่อน การดูแลจิตใจ เข้าใจและตระหนักรู้ในอารมณ์ของตนเอง เพื่อพัฒนาความสุขและให้สามารถปรับตัวในชีวิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่จะตามมา “เราพยายาม ปรับตัว และหาข้อมูลในโทรศัพท์ พอเจอข้อมูลดี เชื่อถือได้เราก็จะเก็บข้อมูลไว้ เพื่อมาปรับใช้ พยายามฝึกให้ลูกช่วยเหลือตัวเอง ได้มากที่สุด” (ผู้ดูแลเด็กพิเศษผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3, 2568) “เราก็ทำใจนะ เราพยายามที่ทำยังไงให้ดีที่สุด ช่วยเหลือเขาให้ดีที่สุด ดูแลใจ ปรับใจให้ดี ให้แข็งแรง ให้กำลังใจตัวเอง เพื่อจะได้มีแรงเลี้ยงลูกต่อ” (ผู้ดูแลผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6, 2568)

2) พัฒนาการของเด็กดี จิตใจก็ดีตาม “จะทำยังไงให้เขา จัดการกับปัญหาตรงนั้นได้ผ่านไปได้ด้วยดี เพื่อให้เขามีพลังในการที่จะดูแลตัวเองได้ ไม่รู้สึกท้อแท้ มีความมั่นใจ มีกำลังใจ และผ่านตรงนี้ไปได้” (ผู้ดูแลเด็กพิเศษผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3, 2568) “พอเรายอมรับแล้วเราคิดแค่แค่ตรงนี้ เราไม่ต้องการคิดว่าลูกเราจะต้องไปถึง 10 เอาแค่ตอนนี้ มันก็โอเคแล้ว แล้วก็คิดไปว่าโตไปไม่เป็นภาระของคนอื่นก็พอแล้ว ให้เขาดูแลตัวเองได้ แค่นั้นก็ดีมากแล้ว (ผู้ดูแลเด็กพิเศษผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8, 2568)

ตอนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กพิเศษ

1. ผลการประเมินความเหมาะสมของร่างโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจฯ จำแนกตามรายด้าน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินความเหมาะสมของร่างโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ (n = 10)

รายการด้านผลลัพธ์	M	SD	แปลความหมาย
บริบท (Context)	4.46	.55	มาก
กระบวนการ (Process)	4.55	.49	มากที่สุด
ผลลัพธ์ (Output)	3.70	1.22	มาก
รวม	4.24	0.75	**มาก**

จากตารางที่ 1 พบว่าผลการประเมินความเหมาะสมของร่างโปรแกรมฯ ทั้ง 3 ด้าน โดยภาพรวมจะมีค่าเฉลี่ยระดับมาก (M = 4.24, SD = .75) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านกระบวนการ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (M = 4.55, SD = .49)

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กพิเศษ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (กลุ่มทดลองนำร่อง) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กพิเศษ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 10)

รายการ	ก่อนการเข้าร่วม		หลังการเข้าร่วม		t	P-value
	M	SD	M	SD		
1. ด้านการรับรู้พลังอำนาจด้านการค้นหาสภาพจริง	3.08	.10	3.82	1.07	-2.28	. 49**
2. ด้านการรับรู้พลังอำนาจด้านการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ	3.08	.21	4.52	.50	-15.43*	.001*
3. ด้านการรับรู้พลังอำนาจด้านการสร้างแนวทางสู่การปฏิบัติ	3.08	.21	4.50	.51	-10.80*	.001*
4. ด้านการรับรู้พลังอำนาจด้านการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ	3.04	.12	4.50	.51	-11.14*	.001*
ภาพรวม	**3.07**	**.16**	**4.30**	**.60**	**4.51***	**.001***

*p < .001, **p < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า การรับรู้การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษในด้านสุขภาพจิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าส่วนใหญ่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < .001 ยกเว้นด้านการค้นหาสภาพจริง ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < .05

ตอนที่ 3 ประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กพิเศษในด้านสุขภาพจิต

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กพิเศษ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 30)				t	P-value	กลุ่มควบคุม (n = 30)				t	P-value
	ก่อน		หลัง				ก่อน		หลัง			
	M	SD	M	SD			M	SD	M	SD		
1. ด้านการค้นหาสภาพจริง	3.28	.31	3.87	.27	19.39	.001*	3.17	.44	2.82	.11	-1.15	.26
2. ด้านการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ	3.25	.31	3.96	.32	8.33	.001*	3.28	.48	3.12	.44	.32	.75
3. ด้านการสร้างแนวทางสู่การปฏิบัติ	2.97	.37	4.13	.40	10.25	.001*	3.11	.51	3.00	.45	1.27	.21
4. ด้านการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ	3.25	.43	4.0	.26	6.94	.001*	3.47	.57	3.34	.53	1.70	.10
ภาพรวม	3.19	.24	4.01	.24	**9.84**	.001*	3.26	.38	3.07	.25	**.89**	**.38**

*p < .001

จากตารางที่ 3 กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กพิเศษหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กพิเศษหลังสิ้นสุดการทดลอง ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง (p > .05)

ผลการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ หลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยกลุ่มผู้ดูแลเด็กพิเศษที่เข้าร่วมโปรแกรม กับกลุ่มผู้สังเกตการวิจัย ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรม

รายการด้านผลลัพธ์	ผู้ดูแลเด็กพิเศษ (n = 10)		ผู้สังเกตการวิจัย (n = 10)		t	P-value
	M	SD	M	SD		
บริบท (Context)	4.27	.50	4.24	.39	- .28	.78
กระบวนการ (Process)	4.43	.51	4.42	.48	- .15	.90
ผลลัพธ์ (Output)	4.41	.5	4.37	.49	- .37	.76
รวม	**4.37**	**.50**	**4.34**	**.45**	**- .27**	**.79**

p < .05

จากตารางที่ 4 พบว่า ผลการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมฯ โดยกลุ่มผู้ดูแลเด็กพิเศษ และกลุ่มผู้ร่วมสังเกตการณ์วิจัย อยู่ในระดับมาก แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายด้านและภาพรวม พบว่าไม่แตกต่างกัน (p > .05) แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของโปรแกรมในทิศทางเดียวกัน

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษด้านสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นการฝึกทักษะการจัดการปัญหา โดยอาศัยกลไกความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ อภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

1. การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลเด็กพิเศษ พบว่า ผู้ดูแลเด็กพิเศษเผชิญกับปัญหาหลัก 2 ประเด็น ประเด็นแรก คือ การรับรู้ปัญหาด้านทัศนคติของผู้ปกครอง โดยผู้ดูแลมักขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลเด็ก ส่งผลให้เกิดทัศนคติเชิงลบต่อพัฒนาการของเด็ก[17] อีกทั้งมีความกังวลเกี่ยวกับอนาคตของเด็ก เช่น การสื่อสาร การช่วยเหลือตนเอง หรือความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างอิสระ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การสร้างความเข้าใจและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนาการและความต้องการของเด็กช่วยให้ผู้ดูแลสามารถมองเห็นศักยภาพของเด็กและตระหนักถึงบทบาทของตนในการสนับสนุนการพัฒนา[18] ประเด็นที่สอง คือ การแสวงหาวิธีช่วยเหลือผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลเด็กพิเศษ การส่งเสริมสุขภาพจิต และการใช้เทคโนโลยีช่วยเหลือ ทำให้ผู้ดูแลสามารถสะท้อนคิด และสร้างแนวทางปฏิบัติได้อย่างมีวิจารณญาณ[8] ผู้ดูแลรู้จักตนเองมากขึ้น

2. การพัฒนารูปแบบโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กพิเศษ ผลการทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ดูแลเด็กพิเศษจำนวน 10 คน พบว่า คะแนนการรับรู้พลังอำนาจทางสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน โดยเฉพาะในด้าน การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมนี้ช่วยกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดทักษะการคิดวิเคราะห์ และการสะท้อนคิดจากประสบการณ์จริง อันถือเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการพยาบาลที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพรายบุคคล สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ Gibson[8] ที่ระบุว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในที่ส่งเสริมให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง จนนำไปสู่ความสามารถในการจัดการชีวิต และการพัฒนาความมั่นใจในการเผชิญปัญหา การที่ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง และยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Wallerstein[19] ที่พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมในการสร้างพื้นที่ปลอดภัยเพื่อการสะท้อนคิดร่วมกัน มีส่วนสำคัญในการลดความเครียดและสร้างเสริมพลังใจที่ยั่งยืน ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเด็กพิเศษได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว

3. ผลการทดลองใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษในด้านสุขภาพจิตในชุมชนที่พัฒนาขึ้น พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้พลังอำนาจทางสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในด้านการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการสร้างแนวทางสู่การปฏิบัติ สอดคล้องกับแนวคิดของ Zimmerman[20] ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนางานสาธารณสุข โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งพบว่าช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะการรับมือกับปัญหาและมีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น นอกจากนี้ การจะทำให้โปรแกรมยั่งยืนจำเป็นต้องเน้นการให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและสร้างเครือข่ายความช่วยเหลือกันในชุมชน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากระดับบุคคลไปสู่ระดับนโยบายที่เข้มแข็งในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมดังกล่าวไปปรับใช้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน หรือศูนย์พัฒนาเด็กพิเศษในชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลในมิติต่าง ๆ ทั้งด้านจิตใจ ความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลเด็กพิเศษอย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรพัฒนาโปรแกรมในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น โปรแกรมออนไลน์หรือแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในยุคดิจิทัลที่เทคโนโลยีมีบทบาทสำคัญต่อการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพจิต

References

1. National Statistical Office, UNICEF. Survey on disability in children aged 2-17 years: Results of the child disability survey 2017. Bangkok: National Statistical Office; 2017.
2. Special Education Center, Educational Region 5. Statistics of children with special needs. SuphanBuri: Special Education Center, Educational Region 5; 2022.
3. Photong P, Chansuvarn S, Khachat S, Sripho S. Parental stress in caregivers of children with special needs. Royal Thai Army Nursing Journal 2014;15(3):15–23. (in Thai)
4. Chalothorn P. Depression among parents of special needs children at a special education center. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2021;35(2):74–84. (in Thai)
5. Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press; 1972.
6. Yodkraisri J. Factors affecting quality of life in caregivers of children with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) at child and adolescent psychiatric clinic, Queen Sirikit National Institute of Child Health (QSNICH). Journal Psychiatric Association Thailand 2022;67(1):7-20. (in Thai)
7. Chansuvarn S, Khachat S, Photong P, Sanchalad S. The needs of autistics' mother for helping support of children with autism. Journal of Public Health Nursing 2016;34(3):23-34. (in Thai)
8. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing 1995;21(6):1201–7.
9. Sameenoi S, Wareewanich S, Patissena. Concepts and processes of empowerment in community nursing. Journal of the Ministry of Public Health Nursing 2021;31(2):27-34. (in Thai)
10. Wareewanich S, Phatisena T. Effect of empowerment and self-esteem promoting program among the elderly with depression in home for the aged. Journal of Nursing and Health Care 2020;38(2):111-8. (in Thai)
11. Teeraworrawach W. Relationship between coping patterns and family well-being of caregivers of child with cerebral palsy. Journal of Mental Health of Thailand 2019;27(3):145-58. (in Thai)
12. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. Geneva: WHO; 2002.
13. Uanlum T, Phaengphomma N. Nursing care for autistic children with aggressive behavior. Mahasarakham Hospital Journal 2020;17(2):68-6. (in Thai)

14. Chaichanasang T, Thalakarm E, Launkaw M, Phuangsriken S, Posri A, Jantanarm W, et al. The development model for cerebral palsy caregivers. Regional Health Promotion Center 9 Journal 2022;16(3):957-68. (in Thai)
15. Junchom K, Sangsai Y, Polsavat B. Empowering family and community in end–of-life care: Important role of nurses. Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong 2021;5(2):12-24. (in Thai)
16. Neuman WL. Social research methods: Qualitative and quantitative approaches. Boston: Allyn and Bacon; 1991.
17. Inhongsa A, Chaisa B, Akakul T. Factors affecting caring behaviors of caregivers to children with special needs in Amnatcharoen Province. UBRU Journal for Public Health Research 2016;5(1):29-40. (in Thai)
18. Tasod S, Keawmungmueang P. Stress reduction in caregivers of children with autism spectrum disorder: Nursing roles. Journal of Nursing Health Research 2023;24(2):112-24. (in Thai)
19. Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
20. Zimmerman MA. Psychological empowerment: Issues and illustrations. American Journal of Community Psychology 1995;23(5):581–99.